

IHR NAME. IHR STUHL. IHR THEATER.

Bestellformular Stuhlpatenschaft 2026/27

Ich möchte für die Spielzeit 2026/27 eine Stuhlpatenschaft im Theater Hagen übernehmen.

1. Mein Wunschstuhl

Bereich / Reihe: _____

Platznummer: _____

2. Meine Widmung

Bitte bringen Sie folgende Widmung auf dem Metallschild an (max. 25 Zeichen)

Zum Beispiel: Ihr Name, der Name eines Lieblingsmenschen oder eine persönliche Botschaft.

3. Meine Kontaktdaten

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

4. Konditionen der Stuhlpatenschaft

Die Stuhlpatenschaft gilt für die Spielzeit 2026/27 und kostet insgesamt 100 €.

Meine gewünschte Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- ☐ Einmalzahlung: 100 € als einmaliger Gesamtbetrag
- ☐ Monatliche Zahlung: 10 € pro Monat (10 Monatsraten)

Die Patenschaft endet automatisch mit Ablauf der Spielzeit und begründet kein Nutzungs- oder Reservierungsrecht.

Das Besondere: Im kommenden Jahr werden unsere Stühle durch neue ersetzt. Als Pat*in erhalten Sie ein Vorkaufsrecht für Ihren Patenstuhl und können sich so ein echtes Stück Theater Hagen mit nach Hause nehmen.

5. SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Theater Hagen

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____ (wird vom Theater Hagen ausgefüllt)

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Theater Hagen vergeben und separat mitgeteilt)

Ich ermächtige das Theater Hagen, die für meine Stuhlpatenschaft fälligen Zahlungen entsprechend der unter Punkt 4 gewählten Zahlungsweise (monatlich 10 € oder einmalig 100 €) mittels Lastschrift von meinem Konto zum 1. eines jeden Monats einzuziehen (rückwirkend ab 01.10.2026). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Theater Hagen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in: _____

IBAN: DE _____

6. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diese Stuhlpatenschaft zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag des Vertragsschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie das Theater Hagen mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. per Brief oder E-Mail) über Ihren Entschluss informieren, diese Stuhlpatenschaft zu widerrufen. Zur Wahrung der Frist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Theater Hagen · Elberfelder Straße 65 · 58095 Hagen

E-Mail für Widerruf: _____

7. Bestätigung und Unterschrift

Hiermit bestelle ich verbindlich die oben genannte Stuhlpatenschaft, wähle die unter Punkt 4 angekreuzte Zahlungsweise, erteile das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat und bestätige, den Hinweis zum Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vom Theater Hagen auszufüllen

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Theater Hagen ausgefüllt)

Interne Stuhl-/Vorgangsnummer: _____ (wird vom Theater Hagen ausgefüllt)

Vielen Dank für Ihre Patenschaft!

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular entweder **per E-Mail** an Christiane.Schrader@stadt-hagen.de mit dem Betreff „**Stuhlpatenschaft**“ oder **per Post** an folgende Adresse:

Theater Hagen

z. Hd. Christiane Schrader

Stichwort: Stuhlpatenschaft

Elberfelder Straße 65

58095 Hagen

Vermerk Theaterkasse: